



SERIE PROTECCIÓN DE  
LA SALUD DE LOS  
TRABAJADORES, Nº 11

# Crear lugares de Trabajo Saludables y Equitativos para Hombres y Mujeres

Guía para Empleadores y  
Representantes  
de los Trabajadores



**World Health  
Organization**

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Crear lugares de trabajo saludables y equitativos para hombres y mujeres: guía para empleadores y representantes de los trabajadores.

(Serie protección de la salud de los trabajadores ; no. 11)

1.Trabajo de mujeres. 2.Hombres. 3.Salud de la mujer. 4.Salud laboral. 5.Lugar de trabajo. 6.Identidad de género. I.Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978 92 4 350173 4

(Clasificación NLM: WA 491)

ISSN 1729-3510

© Organización Mundial de la Salud, 2011

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud están disponibles en el sitio web de la OMS ([www.who.int](http://www.who.int)) o pueden comprarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS a través del sitio web de la OMS ([http://www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres

comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

#### IMAGEN DE LA CUBIERTA INTERIOR

Mujer embarazada trabajando en una fábrica,  
Hong-Kong © OIT

#### IMAGEN PÁG. 6

Trabajo en equipo, Egipto © OIT

#### IMAGEN PÁG. 12

Muchacha camino del pozo, Rwanda © OIT

#### IMÁGENES PÁG. 16

Mujeres en una cadena de montaje,  
Hong Kong © OIT

Hombres trabajando en una fábrica,  
Rusia © OIT

#### IMAGEN PÁG. 26

Mujeres trabajando, Malí © OIT

#### IMAGEN PÁG. 30

Mujer empresaria, India © OIT

Serie protección de la Salud de los Trabajadores, No. 11

# Crear lugares de Trabajo Saludables y Equitativos para Hombres y Mujeres

Guía para Empleadores y  
Representantes de los  
Trabajadores



**World Health  
Organization**



**Portada:** Tuula Solasaari-Pekki, Instituto Finlandés de Salud Ocupacional

**Diseño y maquetación:** Philippos Yiannikouris

**Otros títulos de la serie Protección de la salud de los trabajadores:**

- No. 1: Prevención de los riesgos para la salud derivados del uso de plaguicidas en la agricultura
- No. 2: Comprender y aplicar el análisis económico en la empresa
- No. 3: La organización del trabajo y el estrés
- No. 4: Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo
- No. 5: Prevención de trastornos musculoesqueléticos en el lugar de trabajo
- No. 6: Sensibilizando sobre el estrés laboral en los países en desarrollo
- No. 7: A Practical Guide for the Use of Research Information to Improve the Quality of Occupational Health Practice
- No. 8: Higiene industrial: Introducción (solo en francés)
- No. 9: PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management - A Resource for Employers and Worker Representatives
- No. 10: Occupational exposure to vibration from hand-held tools: a teaching guide on health effects, risk assessment and prevention

# Índice

	Introducción	01
<b>1</b>	<b>Definiciones</b>	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>Tendencias laborales desde la óptica del género</b>	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>Sexo, género, trabajo y salud</b>	<b>08</b>
3.1.	Las mujeres y los hombres se enfrentan a diferentes riesgos y problemas de salud	08
3.2.	El cuerpo femenino y el masculino se comportan de un modo diferente frente a las condiciones de trabajo	10
3.3.	Las mujeres y los hombres tienen diferentes obligaciones domésticas no remuneradas	11
3.4.	Los hombres y las mujeres tienen distintas experiencias respecto de las medidas preventivas y de respuesta	12
<b>4</b>	<b>Vías de influencia de los empleadores</b>	<b>14</b>
4.1.	Vías de influencia de los empleadores	15
4.2.	El entorno psicosocial de trabajo	16
4.3.	Los recursos personales de salud en el lugar de trabajo	18
4.4.	Participación de la empresa en la comunidad	19
4.5.	El contexto legislativo	20
<b>5</b>	<b>Aplicación práctica de la perspectiva de género</b>	<b>21</b>
5.1.	Cosas que hay que hacer	24
<b>6</b>	<b>Cómo pueden incorporar los representantes de los trabajadores la perspectiva de género en la salud y la seguridad</b>	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>Referencias</b>	<b>31</b>

# Introducción

El presente documento es el undécimo de una serie de informes sobre la salud en el trabajo, titulada *Protección de la salud de los trabajadores*, que publica la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de del Programa de Salud Ocupacional. Es el resultado de la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud Ocupacional para Todos acordada en la Cuarta Reunión de la Red de Centros Colaboradores de la OMS en Salud Ocupacional (Finlandia, 1999). Más recientemente, ha renovado su impulso tras la aprobación del Plan de Acción Mundial sobre la Salud de los trabajadores 2008-2017 por la Asamblea Mundial de la Salud en 2007.

Como parte del Plan de Acción Mundial, la OMS ha elaborado una serie de fundamentos y un modelo mundiales con objeto de ayudar a los empleadores, los trabajadores, las instancias normativas y los profesionales a planificar, formular, aplicar y evaluar iniciativas que promuevan la salubridad de los lugares de trabajo. Un entorno de trabajo saludable se define como aquel en que trabajadores y gerentes colaboran en un proceso de mejora continua, con objeto de proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores (1). De acuerdo con ese marco, los lugares de trabajo saludables han de ser entornos abiertos y accesibles, que integren a personas procedentes de diferentes contextos, con distintas características demográficas, competencias y capacidad.

Los hombres y las mujeres de todo el mundo viven realidades diferentes en el trabajo, sus familias y sus comunidades y a menudo las mujeres suelen estar en una situación de desventaja respecto de los hombres. Este documento proporciona a los empleadores y los representantes de los trabajadores herramientas para crear entornos laborales saludables y equitativos para hombres y mujeres, al tiempo que llama la atención sobre cuestiones que afectan predominantemente a las mujeres. El documento ofrece: 1) medios para atender las necesidades de las mujeres y los hombres en materia de salud física y psicosocial, recursos personales para la salud y participación de la empresa en la comunidad; 2) una lista que facilita la reflexión sobre las diferencias entre hombres y mujeres en lo que atañe al sexo (biológico) y al género (social), en todos los aspectos de las políticas, los programas y las prácticas laborales.

La idea de "tratar a todos por igual", aunque bienintencionada, puede hacer que se pierdan oportunidades de tener en cuenta las necesidades y experiencias específicas de los diferentes grupos (2). Así, por ejemplo, cuando se ofrece a todos los trabajadores equipamiento de la misma talla no se contemplan las diferencias entre el tamaño medio del cuerpo de una mujer y el de un hombre. Ello puede dificultar el uso de esos equipos o incluso hacer que su empleo sea peligroso para uno de los sexos.

Las herramientas que se presentan en este documento son suficientemente extensas como para que puedan aplicarse a un amplio espectro de sectores e industrias en los países desarrollados y en desarrollo. En la medida de lo posible, hemos tratado de reducir al mínimo los requisitos estructurales de las herramientas (organizativos, legislativos, etc.) y los recursos necesarios, con el fin de que sean de interés para los países en desarrollo, el sector no regulado —que no está controlado por el Estado—, las pequeñas empresas y el trabajo realizado en el domicilio del empleador. Ahora bien, para obtener buenos resultados al utilizar las herramientas es necesario contar con el compromiso de la dirección en lo que respecta a la mejora de las condiciones de trabajo y la promoción de la equidad de género.

La puesta en marcha de iniciativas encaminadas a promover entornos laborales saludables que tengan en cuenta las diferencias de sexo y de género podrán contribuir a mejorar la salud y el bienestar de todos los trabajadores, sus familias y sus comunidades. Esas iniciativas también pueden mejorar la autonomía y permitir el pleno ejercicio de derechos, mediante la participación equitativa y significativa de los trabajadores en programas que promuevan la comunicación y la acción, y fomenten el apoyo (3, 4, 5). Para los empleadores, iniciativas de este tipo pueden mejorar los resultados gracias a una menor rotación de personal y un menor absentismo, un aumento de la productividad, una moral más alta, y menos gastos en concepto de indemnización a los trabajadores (6, 4, 7).

El presente documento ha sido preparado por Stéphanie Premji, del *Interdisciplinary Centre for the Study of Biology, Health, Society and the Environment* (CINBIOSE) de Montreal, (Canadá). El texto ha sido sometido a un minucioso examen colegiado de expertos internacionales en varias fases. Las posibilidades de intervención parten de las investigaciones actuales sobre género y salud ocupacional, tal y como se expone en una reciente revisión de los datos disponibles (8). Las intervenciones también se inspiran en el plan de acción adoptado por investigadores y representantes sindicales canadienses durante el simposio titulado "Improving the Health of Women in the Work Force: A Meeting of Representatives of Women Workers and Researchers", celebrado en Montreal en 1998. Si bien el plan de acción fue formulado hace más de un decenio, ha sido traducido a varios idiomas y se utiliza en países de Europa y América Latina.

La OMS desea expresar su especial agradecimiento a los revisores que han colaborado en la elaboración de este documento, a saber:

- Joan Burton, Presidente, *Joan Burton & Associates*, Bienestar en el lugar de trabajo (Canadá).
- Ivan Dimov Ivanov, Científico, Salud Ocupacional, Organización Mundial de la Salud.
- Rima Habib, Profesor Asociado, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Americana de Beirut (Líbano).
- Juliet Hassard, *Institute of Work, Health and Organizations*, Universidad de Nottingham (Reino Unido).
- Lilia M. Jara, Asesora sobre las mujeres en la salud y el desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas, Washington (Estados Unidos de América).
- Kaisa Kauppinen, Profesora de Investigación, Instituto Finlandés de Salud Ocupacional (FIOH).
- Jatinder, Kishtwaria, Profesor y Jefe de Gestión de Recursos Familiares, Facultad de Ciencias de la Familia, *HP Agricultural University*, Palampur, (India).
- Evelyn Kortum, Oficial técnico, Salud Ocupacional, Organización Mundial de la Salud, Ginebra (Suiza).
- Leon Matagi, Universidad de Makerere, Instituto de Psicología, Kampala (Uganda).
- Karen Messing, Catedrática de Biología (jubilada), Universidad de Quebec en Montreal (Canadá).
- Dingani Moyo, Médico, *Midlands Occupational & Travel Health Centre*, (Zimbabwe).
- Hisashi Ogawa, Asesor Regional, Salud Ocupacional, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, Manila, (Filipinas).
- Rita Ohene-Adjei, Médico, Departamento de Medicina Ocupacional y Ambiental, Universidad de Yale (Estados Unidos de América).
- Dra. Erna Surjadi, Asesora Regional, Género, Mujer y Salud, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental (SEARO).
- Naomi Swanson, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades/Instituto Nacional de Higiene y Seguridad del Trabajo. División de Investigación Aplicada y Tecnología (Estados Unidos de América).
- Elena Villalobos Prats, Oficial Profesional Asociado, Departamento de Género, Mujer y Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, (Suiza).
- Joanna Vogel, Oficial Técnico, La Mujer, la Salud y el Desarrollo, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental, El Cairo (Egipto).
- Isabel Yordi Aguirre, Oficial Técnico, Género y Salud, Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa, Copenhague (Dinamarca).

El Instituto Nacional para la Seguridad y la Salud Ocupacional (NIOSH), EEUU de América, tiene parte-financiado este proyecto.



# 01

## Definiciones

Los términos *sexo*, *género* y *equidad* se utilizan repetidamente a lo largo del documento. ¿Qué significan estos términos?

**La palabra sexo (9)** - hace referencia a las características biológicas y fisiológicas que diferencian a los hombres de las mujeres (éstas pueden estar determinadas por los genes y el ambiente).

Por ejemplo...

- Por término medio, los hombres son más altos, pesan más y son más fuertes que las mujeres (10).
- El aparato reproductor de los hombres y el de las mujeres es distinto: los hombres pueden fecundar; las mujeres dan a luz.
- Las mujeres y los hombres tienen sistemas hormonales diferentes.

**La palabra género (9)** - hace referencia a las normas socialmente establecidas, las funciones, los comportamientos, las actividades y los atributos que una sociedad determinada considera propios del hombre o de la mujer. Las funciones asignadas en función del sexo pueden variar de una cultura a otra y cambiar con el tiempo.

Por ejemplo ...

- En la mayoría de las sociedades, las mujeres son las encargadas de realizar labores domésticas, como cocinar y limpiar, y de ocuparse del cuidado de los miembros de la familia, mientras que los hombres son quienes se encargan de ganar el pan

**La palabra equidad (11)** - hace referencia a la justicia, la imparcialidad y la ecuanimidad de algo. Por equidad de género se entiende que hay igualdad de acceso, oportunidades, control y beneficios entre hombres y mujeres.

# 02

## Tendencias laborales desde la óptica del género

Las mujeres representan el 40% de la **población activa remunerada** mundial (12). En países desarrollados, como los Estados Unidos de América, en la actualidad, las mujeres representan casi la mitad de la totalidad de los trabajadores (13), pero en muchos países en desarrollo ese porcentaje es mucho menor. Así, por ejemplo, en el Pakistán, las mujeres representan el 21% de los trabajadores remunerados (14). Esa disparidad entre hombres y mujeres se ve reducida a medida que la proporción de mujeres con trabajo remunerado aumenta y la proporción de hombres con trabajo remunerado disminuye (12).

Las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en los puestos de alto nivel y de toma de decisiones y, a menudo, se enfrentan a barreras que dificultan su avance (el "techo de cristal"). Por ejemplo, según una encuesta realizada en 2005 entre 30.000 trabajadores de la Unión Europea empleados a jornada completa, el 23% de los hombres tenía responsabilidades de supervisión, frente al 15% de las mujeres. Las mujeres que ocupan cargos directivos y de supervisión suelen encontrarse en los niveles inferiores de la organización (15). Asimismo, las mujeres ganan, como promedio, menos que los hombres incluso cuando ocupan el mismo puesto de trabajo (16). Por otro lado, se ha observado que los hombres y las mujeres están cada vez menos segregados, dado que muchos trabajos han dejado de estar reservados únicamente a uno u otro sexo (12).

A pesar de ello, sigue habiendo una importante segregación entre hombres y mujeres en función del tipo de trabajo remunerado. Las mujeres suelen encontrar empleo con más frecuencia en ocupaciones que requieran tratar con gente, como en trabajos y servicios en que haya que cuidar a otras personas, mientras que los hombres dominan los empleos relacionados con maquinaria pesada. También hay diferencias culturales: en algunos países es habitual que las mujeres se ocupen de tareas que entrañen levantar cargas pesadas y que los hombres realicen las labores administrativas, mientras que en otros ocurre justo lo contrario. Asimismo, puede ocurrir que mujeres y hombres que ocupen el mismo puesto realicen tareas diferentes. Por ejemplo, debido a las expectativas en cuanto al tipo de herramientas más adecuadas para los hombres y para las mujeres, en algunas fábricas de confección de ropa las cortadoras utilizan tijeras, mientras que los cortadores utilizan máquinas para cortar (17).

Las mujeres y los hombres también desempeñan funciones diferentes con relación a los niños, la familia y la comunidad. Pese a que cada vez es mayor el número de mujeres que entra a formar parte de la población activa remunerada, en la mayoría de las sociedades siguen ocupándose fundamentalmente de labores domésticas **no remuneradas**, como cocinar, limpiar y cuidar de los niños. También son en gran medida responsables del trabajo no remunerado de la prestación de atención de salud a sus mayores, discapacitados y familiares enfermos; además, engloban un gran porcentaje de los trabajadores no remunerados que trabajan en empresas propiedad de miembros de la misma familia (12). En muchas partes del mundo, las mujeres realizan todas las labores domésticas y de cuidado de la familia, y en muchos casos también asumen el papel tradicional del hombre y tienen un empleo remunerado.

En el mundo hay 246 millones de menores víctima del trabajo infantil, de los que unos 179 millones están sometidos a condiciones que entrañan un peligro para su desarrollo físico, mental o moral (18). Las niñas suelen realizar trabajos remunerados en el campo de la agricultura y los servicios personales, mientras que los niños suelen trabajar en la industria manufacturera, el comercio, la hostelería y el transporte. En los países en desarrollo, las niñas también trabajan en labores domésticas más a menudo que los varones. En muchos países, las niñas son objeto de discriminación desde su más tierna infancia al negárseles una educación. Eso hace que estén más desprotegidas de cara al desempleo, los salarios bajos y las condiciones de trabajo peligrosas, y que con frecuencia no sean capaces de hacerse valer y reivindicar cambios.

El trabajo de los hombres y las mujeres se ha visto afectado por la **globalización**, proceso mediante el que las sociedades y la economía están cada vez más conectadas y son más interdependientes. Ese proceso ha dado lugar a un desplazamiento de la producción de productos industriales de los países desarrollados a los países en desarrollo. En las zonas francas industriales (ZFI), zonas en que las barreras al comercio han sido eliminadas y los trámites burocráticos son escasos, las mujeres representan la mayoría de la mano de obra. En las fábricas de esas zonas, los trabajadores han de aceptar con frecuencia salarios bajos, malas condiciones de trabajo y relaciones laborales abusivas.

Al mismo tiempo, situaciones como las generadas por las carencias del mercado laboral de los países en desarrollo han contribuido a aumentar la **migración** de trabajadores de países con pocas oportunidades económicas a los países desarrollados.

Los trabajadores están migrando, en la misma proporción, dentro de los países en desarrollo o los países desarrollados.

La migración también puede ser forzada, por ejemplo en el caso de la trata de mujeres y niñas. Los hombres migrantes a menudo trabajan como mano de obra agrícola o en la construcción (19), mientras que las mujeres suelen trabajar como empleadas



domésticas o cuidadoras. Los trabajadores migrantes suelen encontrar trabajo en sectores de alto riesgo y estar mal pagados; reciben poca formación e información relacionada con el trabajo; han de afrontar barreras lingüísticas y culturales; las leyes laborales del país de destino no les protegen; y tienen dificultades a la hora de acceder correctamente a los servicios de salud y utilizarlos. Las mujeres migrantes representan casi la mitad del total de la población mundial de migrantes, porcentaje que va en aumento, en especial en Asia (20).

La globalización de la producción y la necesidad de mano de obra barata y flexible ha dado lugar a un aumento del empleo flexible en el sector no estructurado. El **empleo informal** es el que no está controlado por el Estado. Incluye todo el trabajo no remunerado, parte del trabajo remunerado y la mayor parte del trabajo infantil. Engloba la mayoría de las actividades del sector agrícola, sector que emplea al 40% de los trabajadores del mundo (21), de los que algo menos de la mitad son mujeres (22). En la mayoría de los países, las mujeres son más proclives que los hombres a trabajar en el sector no estructurado. En algunos países en desarrollo de Asia y África, el empleo informal representa prácticamente toda la mano de obra femenina no agrícola. En el sector informal no agrícola, los hombres suelen trabajar en el sector de la construcción y el transporte, mientras que las mujeres tienden a ocuparse en el trabajo a domicilio o la venta ambulante (23, 24).

Los **arreglos flexibles de empleo** ofrecen una alternativa a la jornada de 9.00 a 17.00 horas, de lunes a viernes para un solo empleador. En la mayoría de los casos, los empleadores se benefician de esa organización flexible del trabajo, salvo quizá cuando el trabajador opta por trabajar jornada reducida con el fin de conciliar mejor su actividad laboral con otras obligaciones. En todo el mundo, el número de mujeres que trabaja a tiempo parcial, por lo general no por decisión propia, es excesivo. En Europa, el 78% de los 34,3 millones de trabajadores con jornada reducida son mujeres (25). Los hombres están sobrerrepresentados en el trabajo por cuenta propia y el trabajo por turnos (12). Los arreglos de trabajo informal y flexible suelen estar ligados a la falta de seguridad en el empleo y de prestaciones, formación insuficiente, condiciones de trabajo insalubres, protección insuficiente del Estado y los sindicatos, existencia de obstáculos para acceder a los servicios de salud y utilizarlos, y existencia de dificultades para conciliar el trabajo remunerado y no remunerado.

La reciente **crisis económica mundial** ha dado lugar a una ralentización de la migración y ha tenido un efecto devastador en los trabajadores a consecuencia de los altos niveles de desempleo, el subempleo y la precariedad laboral. La pérdida de puestos de trabajo afectó inicialmente a ámbitos tradicionalmente masculinos de los países desarrollados, como el sector financiero, el manufacturero y la construcción, y posteriormente a sectores predominantemente femeninos en todas partes del mundo. Así, por ejemplo, en Camboya, en el sector de la confección textil, donde el 90% de los trabajadores son mujeres, se han perdido 30.000 puestos de trabajo desde que comenzó la crisis en 2008 (26). Además, existe la preocupación de que la desaceleración económica dé lugar a un aumento de la intensificación del trabajo (es decir, que las empresas empleen a menos trabajadores para hacer la misma cantidad de trabajo), comprometa la salud y la seguridad, y provoque una expansión del sector no estructurado.

# 03

## Sexo, género, trabajo y salud

Por lo general, el trabajo tiene un efecto positivo en la salud del individuo y el bienestar de la familia, la comunidad y la economía. Trabajar fuera del hogar ofrece a las mujeres apoyo social y les ayuda a aumentar su autoestima (27, 28, 29). Ahora bien, el trabajo también entraña riesgos para la salud física y psicológica de los trabajadores. Cada año se producen en el mundo 270 millones de accidentes laborales, 160 millones de enfermedades profesionales y más de 2 millones de muertes relacionadas con el trabajo (30). Esas cifras no reflejan la verdadera magnitud del problema, pues muchas lesiones laborales y enfermedades profesionales no son notificadas, en especial en los países en desarrollo (31).

Son pocos los países que recogen datos sobre siniestralidad laboral y enfermedades profesionales en función del sexo, por lo que es imposible estimar cómo se distribuyen los problemas de salud relacionados con el trabajo entre hombres y mujeres en el mundo. Lo que sí sabemos es que las mujeres y los hombres tienen experiencias diferentes en lo que respecta a la salud y la seguridad en el trabajo: se enfrentan a distintos riesgos y problemas de salud, responden de forma diferente ante su situación laboral, tienen diferentes obligaciones familiares no remuneradas, y tienen distintas experiencias en lo que atañe a las medidas preventivas y de respuesta (por ejemplo, formación, indemnización, etc.).

### **3.1. Las mujeres y los hombres se enfrentan a diferentes riesgos y problemas de salud**

La separación del trabajo y las tareas por sexos implica, por lo general, que los riesgos laborales de los hombres y las mujeres son diferentes. Por ejemplo, los hombres que trabajan en la construcción, la minería y el transporte están expuestos a riesgos tales como caídas, explosiones, electrocuciones, productos químicos, ruido (27), vibraciones, calor y radiación solar (32). En la Unión Europea, el 90% de los individuos expuestos a la radiación solar al menos durante el 75% de su tiempo de trabajo son hombres (27). Por otro lado, en sectores como el manufacturero, donde los salarios son bajos, la educación, el comercio y los servicios de salud, las mujeres están expuestas a riesgos “organizativos” tales como la monotonía, la elevada exigencia y la escasa autoridad, que se vinculan a la

fatiga, la depresión y conductas poco saludables (33, 34); los riesgos biológicos y químicos, tales como infecciones y el contacto con disolventes, las exigencias musculoesqueléticas y cardiovasculares, derivadas de la realización de movimientos repetitivos y la adopción de posturas incómodas y estáticas, y estar de pie (35). Las mujeres constituyen la gran mayoría de los trabajadores sexuales, y, por tanto, están desproporcionadamente expuestas a enfermedades de transmisión sexual, como las infecciones por el VIH o el VPH (36, 37, 38).

Debido al tipo de trabajo que realizan, los hombres son más propensos que las mujeres a sufrir accidentes laborales mortales y no mortales (39,40), mientras que las mujeres son más proclives que los hombres a padecer enfermedades profesionales (41). Los trastornos músculo-esqueléticos constituyen la principal categoría de enfermedades profesionales. Dentro de esa categoría, las lesiones provocadas por la realización de movimientos repetitivos son especialmente frecuentes entre las mujeres (42, 43).

En todos los sectores, los hombres y las mujeres están expuestos a la violencia física, psicológica y sexual (que incluye el acoso, la intimidación, las amenazas, etc.). Ésta puede estar motivada por actitudes discriminatorias por razón de sexo (44). Las mujeres, en particular, corren el riesgo de ser víctimas de actos de violencia en el trabajo, debido a que están sobrerrepresentadas en empleos en que deben tratar con alumnos, clientes y pacientes (44,45). En muchas partes del mundo, las mujeres también sufren agresiones durante el desplazamiento hacia y desde el lugar de trabajo. Ese es el caso de Ciudad Juárez (México), donde cientos de mujeres que trabajan en maquiladoras (plantas de producción para la exportación) han sido asesinadas en los últimos años. El tipo de violencia que sufren las mujeres y los hombres en el trabajo es diferente: con independencia del sector de que se trate, las mujeres corren un mayor riesgo de ser víctimas de violencia psicológica y sexual, mientras que los hombres suelen sufrir agresiones físicas con más frecuencia (46, 47, 48).

Independientemente de la forma que adopte, la violencia tiene repercusiones en la salud física y psicológica del individuo. Así, por ejemplo, en el caso de los hombres, los conflictos interpersonales en el trabajo se han asociado al cansancio y la mala salud (49). En el caso de las mujeres, el acoso sexual se ha asociado a un amplio espectro de problemas de salud (como el aumento de la presión arterial sistólica) (50) y a la productividad (51). La discriminación por razones de sexo u otros factores también constituye un peligro para la salud, y, por ejemplo, se ha asociado con una menor satisfacción laboral (52) y un aumento de la presión sanguínea (50).

Comparados con los riesgos a que se enfrentan los hombres en el trabajo — consideremos el sufrimiento de los treinta y tres mineros chilenos que quedaron atrapados bajo tierra durante 69 días en el otoño de 2010— algunos de los riesgos que afrontan las mujeres podrían aparecer engañosamente insignificantes. Por ejemplo, cualquier observador externo podría calificar de “liviano” el trabajo de una operaria de máquina de coser. Sin embargo, durante las ocho horas que dura la jornada laboral, algunas operarias de máquinas de coser ejercen una presión acumulada de miles de kilos sobre sus miembros inferiores y superiores (53). Del mismo modo, el riesgo derivado de la exposición a productos químicos que experimentan muchas mujeres en su trabajo es permanente, pues los niveles de exposición pueden ser bajos y presentarse en combinación. Trabajar como limpiadora o peluquera podría no parecer peligroso, pero algunas de las sustancias que se encuentran en los productos corrientes pueden ocasionar una serie de problemas de salud, algunos específicos en función del sexo, como el cáncer de los órganos reproductores femeninos o embarazos malogrados (35, 54).

### **Caja 1: Los hombres y las mujeres en la agricultura**

Los trabajadores agrícolas pueden sufrir traumatismos ocasionados por la maquinaria; intoxicación por productos químicos (que a menudo se almacenan en el hogar o se quedan impregnados en la ropa); infecciones provocadas por la exposición a productos biológicos; falta de descanso; y maltrato (por ejemplo, discriminación de los capataces, viviendas precarias, violencia, etc.). Si bien en este sector la exposición a plaguicidas es un problema que afecta a todos los trabajadores, las mujeres se enfrentan a riesgos concretos. Por ejemplo, las mujeres suelen encargarse de lavar la ropa impregnada de plaguicidas, y, debido a la baja alfabetización, es poco probable que lean las etiquetas de advertencia. La exposición a los plaguicidas afecta negativamente a la salud de las mujeres y los hombres, lo que incluye la salud reproductiva. Esto también puede afectar a sus hijos. Se estima que, en Delhi, los lactantes ingieren a través de la leche materna una cantidad de DDT, un plaguicida sumamente peligroso, 12 veces superior a los niveles aceptables como promedio.

## **3.2. El cuerpo femenino y el masculino se comportan de un modo diferente frente a las condiciones de trabajo**

Aun en los casos en que los hombres y las mujeres realizan exactamente las mismas tareas, es posible que estén expuestos a riesgos diferentes. El cuerpo del hombre y de la mujer son diferentes en cuanto a forma y dimensión media, pero los equipos y las herramientas de trabajo están diseñados para el cuerpo masculino y, a menudo, son inadecuados para las mujeres (55, 56). Por ejemplo, un estudio realizado entre limpiadoras de habitaciones de hotel puso de manifiesto que, para la mayoría de las limpiadoras, los carros de suministro, que habían sido diseñados para el varón europeo medio, pesaban demasiado y las barras de empuje estaban colocadas a demasiada altura (57). Esas dificultades pueden quedar especialmente patentes cuando las mujeres empiezan a realizar trabajos que tradicionalmente han correspondido a los hombres (55).

Existen otros aspectos relacionados con el sexo —las diferencias biológicas y fisiológicas entre mujeres y hombres— que resultan importantes para la salud en el trabajo. Hay datos que indican que las diferencias genéticas y hormonales entre hombres y mujeres

En las ocupaciones tradicionalmente masculinas, el riesgo de accidente que afrontan las mujeres puede ser entre dos y tres veces superior al de los hombres (58). En esos trabajos, éstas también han de hacer frente a la inseguridad laboral, la resistencia al cambio, la discriminación, el acoso sexual y la intimidación (59, 60).

(además del modo de vida y el ambiente) pueden influir en su respuesta frente a la exposición a sustancias tóxicas (61, 62). Además, las mujeres y los hombres pueden verse afectados de forma diferente por la exposición a productos químicos, radiación, vibraciones y calor, debido a las diferencias que existen entre sus sistemas reproductores. La exposición en el trabajo a tales agentes puede afectar a la salud reproductiva en distintas formas: el funcionamiento sexual, la salud menstrual, la fertilidad (de las mujeres y los hombres), el embarazo, la lactancia, ciertos tipos de cáncer (por ejemplo, próstata, mama, cuello del útero), la menopausia y el desarrollo infantil. Por ejemplo, el sistema reproductor masculino puede verse afectado por distintos peligros a que se enfrenta el individuo en el lugar del trabajo, que podrían provocar una disminución en el recuento de espermatozoides, una modificación de su forma, o una alteración en la trasmisión del esperma y el rendimiento sexual, o tener consecuencias negativas en el embarazo (muertes prenatales, defectos de nacimiento, etc.) (54, 63, 64).

### **3.3. Las mujeres y los hombres tienen diferentes obligaciones domésticas no remuneradas**

El trabajo no remunerado, al igual que el trabajo remunerado, suele ir acompañado de riesgos para la salud. Por ejemplo, la quema de biomasa puede provocar problemas respiratorios; transportar cargas pesadas puede ocasionar problemas músculoesqueléticos y afectar a la salud reproductiva (65). En muchos países en desarrollo, el transporte de agua y de combustible para uso doméstico constituye una enorme carga para las mujeres. En Gujarat (India), las mujeres pasan una media de tres a cuatro horas yendo a recoger agua cada día (66).

Dado que las mujeres realizan la mayor parte de las tareas domésticas y son quienes mayormente se ocupan del cuidado de los niños, los ancianos y los discapacitados, éstas — sobre todo en los países en desarrollo — suelen tener largas jornadas de trabajo al tener que combinar el trabajo remunerado y el no remunerado (67). En una entrevista realizada para un estudio sobre las condiciones de trabajo en una fábrica donde se trabaja a destajo, una empleada describe su jornada típica de la siguiente manera:

"Llegas a casa y hay más trabajo esperando. Siempre le digo a mi jefe: trabajo todos los días hasta las 8:30 de la noche, porque hay que preparar la comida, dar de comer al niño, bañarlo, hablarle un ratito."(17).

Las exigencias del trabajo remunerado y del trabajo no remunerado a menudo entran en conflicto, lo que genera estrés, depresión y cansancio (68, 69), y una menor contribución a la salud y la seguridad en el trabajo (70). Existen varios aspectos de la organización del



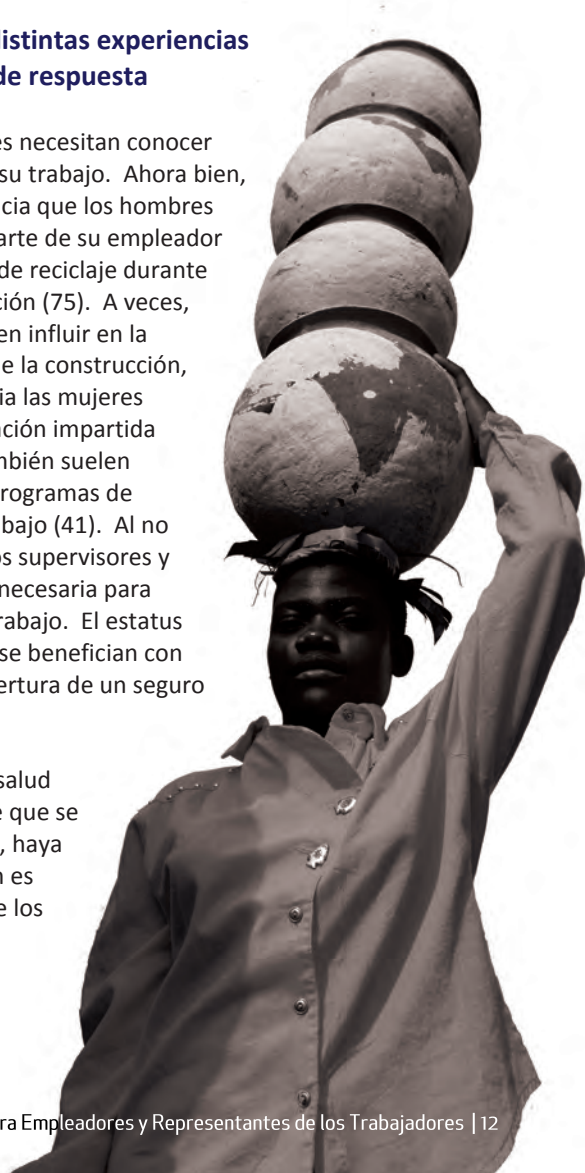
trabajo que pueden alterar el equilibrio entre la vida laboral y familiar. Algunos de los factores más problemáticos son las jornadas de trabajo largas (que afectan mayoritariamente a los hombres), los horarios variables, irregulares o impredecibles (que afectan principalmente a las mujeres) (68) y la falta de flexibilidad para poder irse del lugar de trabajo en caso de emergencia familiar.

Desafortunadamente, no se tiene mucha información sobre los arreglos y las estrategias existentes en el sector del trabajo informal o mal remunerado para conciliar la vida laboral y familiar (71). Un estudio realizado sobre las trabajadoras de talleres de confección de ropa en Honduras que explotan a los trabajadores puso de manifiesto que muchas de ellas carecían de recursos sociales y financieros para llevar a sus hijos a guarderías, y los dejaban solos sin supervisión durante las 15 horas que duraba su jornada laboral, los siete días de la semana. Otras se llevaban a sus hijos a trabajar, donde los niños también podían haber estado expuestos a entornos peligrosos (72). Conciliar las actividades remuneradas y no remuneradas es particularmente problemático cuando los ingresos son escasos y no hay servicios sociales y de guardería.

### **3.4. Los hombres y las mujeres tienen distintas experiencias respecto de las medidas preventivas y de respuesta**

Para poder proteger su salud, los trabajadores necesitan conocer bien cuáles son los posibles riesgos ligados a su trabajo. Ahora bien, las mujeres suelen recibir con menos frecuencia que los hombres formación en salud y seguridad laboral por parte de su empleador (73, 74); tampoco suele impartírseles cursos de reciclaje durante los procesos de modernización y reestructuración (75). A veces, las actitudes y los estereotipos sexistas pueden influir en la capacitación. Así, por ejemplo, en el sector de la construcción, las actitudes de algunos oficiales de obra hacia las mujeres aprendices afectan negativamente a la formación impartida en el puesto de trabajo (76). Las mujeres también suelen beneficiarse menos que los hombres de los programas de prevención e intervención en el centro de trabajo (41). Al no estar suficientemente representadas entre los supervisores y gerentes, a menudo carecen de la autoridad necesaria para influir positivamente en sus condiciones de trabajo. El estatus inferior de las mujeres también significa que se benefician con menos frecuencia que los hombres de la cobertura de un seguro médico.

Cuando un trabajador sufre un problema de salud relacionado con el trabajo, la probabilidad de que se realice un diagnóstico, se reconozca el hecho, haya una indemnización y se ofrezca rehabilitación es inferior en el caso de las mujeres que en el de los



hombres (77, 78, 79). En algunos casos, las opciones de trabajo disponibles de cara a una reincorporación son muy escasas. Por ejemplo, en los Estados Unidos, únicamente la mitad de las limpiadoras de habitaciones de hotel, en su mayoría mujeres inmigrantes, que han recibido una recomendación médica para que se les cambie de puesto o se les asigne un trabajo alternativo debido a un problema de salud relacionado con el trabajo, consiguen el acuerdo de su empleador (80). Las ideas erróneas acerca del trabajo de las mujeres también pueden contribuir a que se reincorporen tras una rehabilitación insuficiente. Por ejemplo, en algunas fábricas de ropa, cuando una mujer sufre una lesión o enfermedad laboral se le asignan tareas más “livianas”, y deja de trabajar a destajo para reducir el ritmo de trabajo; ahora bien, sigue trabajando en la cadena de producción, donde está expuesta a la presión de otros compañeros.(17). En general, las opciones que se ofrecen a las mujeres para su reincorporación pueden verse limitadas por ideas estereotipadas acerca de su adecuación para el trabajo (81).

### **Caja 2: El papel de las normas culturales en la salud y la seguridad en el trabajo**

Las normas culturales —por ejemplo, las que consideran que la mujer ha de tener un papel subordinado— pueden restringir el acceso de la mujer a la educación y limitar, así, sus posibilidades de empleo. En los centros de trabajo donde predomina la idea de que por ser mujer, la mujer ha de adoptar una actitud de sumisión, éstas son vulnerables a la violencia y el acoso que los hombres (47,48). Además, las normas que rigen la comunicación pueden hacer que la mujer no sea capaz de levantarse en contra de condiciones de trabajo malas (82), quedando, a menudo, a merced de los caprichos del empleador. En el caso de los hombres, las normas culturales que aceptan las exhibiciones de fuerza hacen que éstos tengan una actitud menos abierta que las mujeres respecto de los problemas de salud mental, y sean menos proclives a buscar ayuda para resolver sus problemas y más propensos a dar rienda suelta a la ira, las drogas o el alcohol (83).

### **Caja 3: Las mujeres y los hombres no forman grupos homogéneos**

Dependiendo de características tales como la edad, la etnia, el nivel socioeconómico, la orientación sexual y la ubicación geográfica, las mujeres y los hombres se enfrentan a diferentes formas de estigmatización social y dificultades en la vida (84, 17). La existencia simultánea de condiciones de desventaja social (es decir, una situación de desventaja múltiple) se asocia a condiciones de trabajo más peligrosas, menos oportunidades de formación y educación, un menor acceso a los servicios de salud, la exclusión de los programas de prevención y protección, y mayores dificultades a la hora de defender sus derechos en el trabajo. Esa situación de desventaja múltiple también se asocia con experiencias angustiantes en la vida, condiciones de vida menos favorables (en el hogar y en la comunidad) y menos oportunidades para adoptar comportamientos positivos con relación a la salud. Todo ello puede sumarse a unas condiciones laborales que afectan a la salud de los trabajadores (85, 86).

# 04

## Vías de influencia de los empleadores

Con independencia del tamaño del centro de trabajo, los empleadores y los representantes de los trabajadores disponen de distintos medios a la hora de crear entornos laborales saludables y equitativos tanto para las mujeres como para los hombres. En los fundamentos y modelo de la OMS sobre entornos laborales saludables se definen las vías de influencia para la creación de entornos laborales saludables, como el entorno físico de trabajo, el entorno psicosocial de trabajo, los recursos personales de salud en el espacio de trabajo, y la participación de la empresa en la comunidad (1). A continuación se examina cómo pueden abordarse las necesidades de las mujeres y los hombres, con relación a cada una de esas áreas.

Existen pocos casos documentados de intervenciones en materia de salud y seguridad en trabajos ocupados predominantemente por mujeres, sobre todo cuando se trata de empleos poco remunerados y en países en desarrollo. Asimismo, la información sobre la eficacia de las intervenciones relacionadas con el género en los lugares de trabajo es escasa, pese a que pueden afectar a las mujeres y a los hombres de manera diferente. Recientemente, se han publicado tres metaanálisis sobre intervenciones realizadas en el ámbito de la ergonomía, aunque en ninguno incluye una perspectiva de género o de sexo (87, 88, 89). Los ejemplos de prácticas óptimas son escasos y distantes entre sí, lo que pone de manifiesto la necesidad de intervenciones e investigaciones en esa área.

Trabajar en pro de la equidad de género supone centrarse, a veces, en la realidad de las mujeres, dado que, tradicionalmente, ésta se ha pasado por alto (41). Es importante tener en cuenta que los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de las mujeres trabajadoras funcionan como si se tratase de enfoques “de abajo a arriba” respecto de la seguridad y la salud en el trabajo, en el sentido en que también pueden afectar a los hombres positivamente. Así por ejemplo, cuando en Inglaterra las mujeres empezaron a trabajar como carteras, las sacas resultaban demasiado pesadas para algunas de ellas, y empezaron a utilizarse sacas más pequeñas. Esto se tradujo en una reducción de la tasa de traumatismos músculo-esqueléticos en ambos sexos.

## 4.1. El entorno físico de trabajo

El entorno físico de trabajo es el que puede ser detectado mediante los sentidos humanos o a través de sensores electrónicos; incluye máquinas, productos químicos, materiales, etc. A continuación, se describen algunas formas en que los empleadores pueden ayudar a reducir la exposición de mujeres y hombres a peligros físicos:

- Evaluar los peligros existentes en el lugar de trabajo, teniendo en cuenta el patrón diferencial de exposición al riesgo entre mujeres y hombres. Hay que cerciorarse de no pasar por alto los problemas a que se enfrentan las mujeres: por ejemplo, examinando de manera crítica los "trabajos livianos", investigando las quejas, incluso cuando no se hayan sobrepasado los valores límite aceptables en el caso de productos químicos (90), etc.
- Neutralizar en la medida de lo posible los peligros físicos que afectan a las mujeres. Por ejemplo, permitir que las trabajadoras puedan sentarse (91, 92, 93), instaurar períodos de descanso (94) o establecer un sistema de rotación de puestos de trabajo beneficia a las mujeres, ya que tienden a trabajar haciendo movimientos repetitivos y adoptar la misma postura de forma prolongada. Esos cambios también beneficiarán a los hombres cuyas condiciones de trabajo sean similares.
- Hacer frente a los riesgos relacionados con la salud reproductiva sin restringir el acceso de las mujeres a los puestos de trabajo (95). Formular y aplicar políticas que permitan a las trabajadoras embarazadas trasladarse de puesto durante el embarazo y la lactancia cuando realicen trabajos que se sepa o se sospeche que tienen efectos en la salud reproductiva. Ese tipo de protección debería hacerse extensivo a cualquier trabajador, hombre o mujer, que tenga previsto tener hijos.
- Proporcionar a hombres y mujeres medios de protección, e impartir entre éstos cursos de formación y capacitación inicial para prepararse frente a riesgos laborales específicos de cada tarea (96) y a enfermedades profesionales desde una perspectiva de género. Eso habrá de hacerse de manera sistemática y para tareas específicas.
- Revisar y, si es necesario, adaptar las herramientas, los instrumentos y los procedimientos con el fin de cerciorarse de que se adaptan al cuerpo de la mujer y del hombre. Esto puede contribuir a facilitar la seguridad de las mujeres cuando se incorporen al lugar de trabajo y durante el tiempo que permanezcan en el éste (97).
- Con el fin de ayudar a evitar que el trabajador lleve a su casa de forma involuntaria agentes peligrosos, es preciso cerciorarse de que los trabajadores dispongan de instalaciones en uso donde puedan lavarse después de trabajar, y proporcionar ropa de trabajo que sea retirada y lavada después de cada turno.
- Ofrecer al trabajador de forma inmediata una tarea modificada o alternativa, con arreglo a la recomendación facultativa, y ampliar las opciones de trabajo alternativo para las mujeres. Llevar a cabo evaluaciones periódicas que permitan asegurarse de que la rehabilitación y la reincorporación al trabajo tienen en cuenta la realidad laboral de las mujeres e incluyen aspectos relativos a la organización del trabajo, con el fin de cerciorarse de que queda eliminada la exposición a condiciones de trabajo problemáticas.

#### Caja 4: Salud y seguridad entre las plantadoras de té en la India (98)

En el distrito de Kangra, en el estado de Himachal Pradesh (India), se llevó a cabo un proyecto de investigación con objeto de mejorar las condiciones de trabajo de las plantadoras de té. Las mujeres de la India suelen trabajar en plantaciones, además de realizar otras tareas agrícolas, ganaderas y domésticas. El trabajo en las plantaciones se caracteriza por el manejo de cargas pesadas, las posturas forzadas, la existencia de equipamiento deficiente y la falta de capacitación, lo que provoca una sobrecarga en el sistema cardiovascular y musculoesquelético. Como parte del proyecto, un equipo especializado en ergonomía recomendó e introdujo cambios en la tecnología utilizada, como cuchillas con protección para los dedos, cestas con sombrilla integrada y ropa protectora. Esa iniciativa permitió reducir el consumo de energía y mejorar la postura. Para sensibilizar a un mayor número de usuarios acerca de las ventajas de esos equipamientos, se preparó una carpeta informativa que incluía folletos, material audiovisual e información para campañas de sensibilización.



#### Caja 5: Reducir la exposición de las mujeres a plaguicidas (99)

Cuando la legislación y las iniciativas de los empleadores son deficientes, por ejemplo en el sector no estructurado, los programas no gubernamentales pueden ayudar a reducir satisfactoriamente las exposiciones nocivas. En el sector agrícola, la *Red de Acción en Plaguicidas para Asia y el Pacífico* viene celebrando desde 1991 talleres dirigidos a mujeres agricultoras sobre el uso de plaguicidas y agricultura ecológica. Ha publicado carpetas informativas acerca de la utilización de plaguicidas en indonesio, tagalo y tamil. En la India, la Federación Internacional de la Mujer en la Agricultura y el Instituto Internacional de Reconstrucción Rural, con sede en Filipinas, han elaborado un vademécum para tecnologías sencillas, con el fin de ayudar a las mujeres rurales en materia de agricultura ecológica, plagas y plaguicidas. Del mismo modo, la Fundación Guatemala ha puesto en marcha actividades de divulgación dirigidas a las mujeres rurales, con el fin de formarlas en el uso de plaguicidas. La adopción de una perspectiva de género, mediante programas dirigidos a las mujeres, asegura que la información que se difunde sea de utilidad para la experiencia y las necesidades específicas de ese grupo.

## 4.2. El entorno psicosocial de trabajo

El entorno psicosocial del trabajo engloba aspectos tales como la organización del trabajo, la cultura institucional y el equilibrio entre la vida laboral y familiar. A continuación, figuran algunas de las formas en que los empleadores pueden ayudar a reducir la exposición de mujeres y hombres a los riesgos psicosociales:

- Evaluar y combatir los posibles efectos de los distintos factores relacionados con la organización del trabajo en la salud y el bienestar de los trabajadores.
- Fomentar una política explícita de tolerancia cero hacia cualquier forma de violencia, incluida la discriminación, y promover la denuncia de incidentes violentos, prestar apoyo a las víctimas de la violencia y a otros empleados afectados y establecer sanciones para quienes cometan actos violentos.
- Sin restringir el acceso de las mujeres a los puestos de trabajo, ocuparse de las cuestiones que inquietan a las mujeres a la hora de quedarse trabajando hasta tarde o solas, y facilitar el acceso a zonas de aparcamiento seguras (por ejemplo, mediante intercomunicadores o teléfonos, vigilancia nocturna, cámaras de video, o plantas o áreas especiales de acceso para estacionamiento nocturno para mujeres).
- Concienciar a los trabajadores sobre el problema de la violencia que afecta a las mujeres y los hombres, por ejemplo, mediante programas, campañas o material informativo, que se distribuirá en el momento de la contratación o la formación; éste deberá englobar todas las formas de violencia y explicar los mecanismos de ayuda y de apoyo. Organizar periódicamente sesiones de concienciación y formación dirigidas a gerentes y supervisores acerca de la conciliación entre la vida laboral y familiar, la violencia en el trabajo y otros problemas de salud y seguridad desde una perspectiva de género.
- Cuando sea posible, instaurar planes estructurados de horarios flexibles, autoprogramación, intercambio de turnos, permisos periódicos no programados, teletrabajo y trabajo virtual, semana laboral comprimida, previsibilidad del horario de trabajo, permisos con o sin sueldo por motivo de emergencias familiares o enfermedades prolongadas de un miembro de la familia, y bajas por nacimiento o adopción de un hijo.
- Instaurar políticas encaminadas a instalar guarderías en el centro de trabajo (para dejar a los niños durante el tiempo de trabajo o después de la escuela) y ofrecer una sala limpia y privada para la lactancia materna o la extracción mecánica de leche materna. Esto facilitará la reincorporación de la mujer al trabajo tras la baja por maternidad y será beneficioso desde el punto de vista físico y psicológico para el niño y, por tanto, para la comunidad.
- Establecer vías de comunicación accesibles y asequibles (incluido el acceso a un teléfono y la capacidad de recibir mensajes) y flexibilizar y acomodar los lugares de trabajo de manera que los trabajadores puedan ocuparse de sus obligaciones familiares durante la jornada laboral, en especial en situaciones de emergencia.
- Instaurar una cultura de trabajo que apoye las relaciones y obligaciones familiares.

## Caja 6: Opciones de horario flexible

La flexibilidad que tienen los trabajadores para responder a las necesidades del empleador es distinta de la flexibilidad de los empleadores en respuesta a las necesidades familiares de los trabajadores. Un fabricante estadounidense de productos de consumo que tenía un sistema de producción de 24 horas al día instauró una política de horario flexible que permitía a los empleados añadir dos horas al inicio o al final de un turno, a cambio de un tiempo libre equivalente en un momento posterior. Los empleados pertenecientes a un mismo equipo de trabajo podían intercambiar los turnos, y mediante un programa de capacitación polivalente pudo crearse un "retén para emergencias" para cubrir las ausencias, lo que permitió a la empresa ahorrar gastos en horas extraordinarias (100). En otro caso, una institución de educación superior puso en marcha cerca del campus un servicio de guardería infantil para profesores y personal en los días de nevada (días en que las escuelas cerraban debido a la nieve). Los empleados también aprovechaban distintas opciones de horario flexible, como comprimir las semanas de trabajo, y el teletrabajo para poder ocuparse mejor de sus obligaciones familiares (101). Tanto las mujeres como los hombres, en especial los que tienen niños pequeños, se benefician de las iniciativas bien estructuradas que promueven la conciliación de la vida laboral y familiar. Esas personas gozan de una vida personal y una vida profesional más satisfactoria y una moral más alta, tienen un mayor compromiso, menos estrés y mejor salud física (68, 102). Algunas de las ventajas para los empleadores de instituir iniciativas para conciliar la vida familiar y la vida laboral son la disminución de los retrasos, las ausencias y la rotación de personal, y una mayor productividad (103). Como las mujeres son quienes se ocupan con mayor frecuencia de las responsabilidades familiares, suelen tener más conflictos entre su vida laboral y familiar que los hombres y, en consecuencia, recurren a planes de flexibilidad más a menudo.

### 4.3. Los recursos personales de salud en el lugar de trabajo

Las malas condiciones de trabajo pueden tener efectos negativos en los hábitos de salud. Así por ejemplo, en el norte de Tailandia, en Uganda y en muchos otros países, el contexto social del trabajo de las fábricas situadas en las zonas francas de exportación (por ejemplo, el acoso sexual, la separación de la familia) ha hecho que muchos trabajadores incurran en conductas de riesgo, como el abuso de sustancias y las relaciones sexuales sin protección (104, 105). El lugar de trabajo también puede contribuir a promover comportamientos positivos para la salud, como por ejemplo, mediante la puesta en marcha de programas de ejercicio físico durante las horas de trabajo (106) y programas de prevención y control de la obesidad (107). También pueden crearse programas para la prevención de enfermedades transmisibles y estructuras para programas de detección.

Esas intervenciones pueden utilizar distintos métodos de comunicación, como cortometrajes, música, folletos, expositores, talleres y demás, con el fin de transmitir información a los trabajadores, facilitando el acceso a ésta y a los programas, y prestándoles apoyo (108). Las intervenciones en los lugares de trabajo en materia de autoasistencia han tenido un efecto positivo en la salud de los hombres y de las mujeres, si bien no sustituyen a las intervenciones ambientales en los lugares de trabajo. A continuación figuran algunas formas en que los empleadores pueden incluir temas de interés para las mujeres en sus programas de promoción de la salud:

- Considerar la posibilidad de poner en marcha un programa de promoción de la salud centrado en temas de interés para las mujeres (por ejemplo, reconocimientos médicos, programas de prevención de la migraña, programas de lactancia, educación en salud sexual, divulgación en materia de violencia doméstica, etc.), en especial cuando las mujeres constituyan la mayoría de los trabajadores. Incluir temas que tradicionalmente se han asociado con la salud masculina, pero que cada vez afectan a más mujeres (por ejemplo, educación sobre el tabaco y el alcohol, educación para la salud cardiovascular, etc.) (108, 109).
- Facilitar el acceso a servicios médicos y de orientación que tengan en cuenta las cuestiones de género, si es posible dentro de los centros de trabajo, durante la jornada laboral. En las pequeñas empresas, dar a los trabajadores tiempo libre para hacer uso de los servicios de salud, incluidos los servicios de prevención.

#### 4.4. Participación de la empresa en la comunidad

Para una empresa, ya sea grande o pequeña, es importante esforzarse por alcanzar objetivos de carácter general con relación a la equidad de género y la equidad sanitaria. Los avances en esas áreas permitirán mejorar la salud de los trabajadores, al reducir la carga de mala salud, mitigar la pobreza y mejorar la educación. También contribuirán a afianzar la empresa como parte integrante de la comunidad, lo que puede contribuir a prolongar su vida. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas fijados para el año 2015 y firmados por todos sus Estados miembros y 23 organizaciones internacionales, indican a los empleadores las vías de influencia en la esfera comunitaria. Los objetivos principales son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr que el acceso a la enseñanza primaria sea universal, promover la igualdad entre hombres y mujeres y la autonomía de la mujer, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades. Las preocupaciones relativas al agua, el saneamiento y los alimentos, que afectan predominantemente a las mujeres, revisten especial importancia (110). A continuación figuran algunos ejemplos de lo que pueden hacer los empleadores para promover la salud de los trabajadores en el ámbito comunitario, teniendo en cuenta las diferencias de género:

- Organizar actividades que fomenten la autonomía, la integración y los contactos sociales de las mujeres. Por ejemplo, organizar salidas familiares los fines de semana con tarifa de grupo o de forma gratuita, y facilitar el acceso proporcionando el transporte.
- Ofrecer programas de alfabetización, capacitación lingüística, formación informática y otro tipo de formación en el lugar de trabajo y, si es posible, en momentos en que los trabajadores no tengan responsabilidades que entren en conflicto.
- Invertir en la comunidad local mediante el apoyo a proyectos que mejoren la calidad de vida. Esto podría hacerse mediante la donación de espacio —que podría ser tan sencillo como una pared que se utilice para transmitir mensajes— o de recursos humanos o materiales.



## 4.5. El contexto legislativo

Las políticas y la legislación en materia de salud ocupacional que contemplan los riesgos físicos desde una perspectiva de género o de sexo atañen fundamentalmente a la protección de las trabajadoras embarazadas y lactantes. En algunas jurisdicciones, como Quebec y algunos países escandinavos, la legislación prevé una baja preventiva para las mujeres embarazadas expuestas a riesgos que puedan afectar al feto, la mujer embarazada o los hijos de madres lactantes. La legislación de Quebec, que prevé los riesgos ergonómicos, ha demostrado ser eficaz para prevenir la insuficiencia ponderal del recién nacido y los nacimientos prematuros (111, 112). Ahora bien, sigue habiendo muchos países que no tienen legislación en esa materia (112). Además, en comparación con las mujeres, apenas existe protección jurídica específica para los hombres expuestos a riesgos para la salud reproductiva.

La legislación sobre salud y seguridad en el trabajo que contempla las cuestiones de género también prevé mecanismos para combatir la violencia, la discriminación, el acoso y la intimidación, en especial de carácter sexual y de género, tal como puede encontrarse en una gran diversidad de legislaciones, recomendaciones y directrices nacionales e internacionales. Algunos países disponen de leyes que facilitan la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar mediante el establecimiento de permisos por motivos familiares en determinadas circunstancias, como la enfermedad de un familiar o situaciones de emergencia, o también mediante la limitación de las horas de apertura de las empresas. También hay leyes y directivas relativas a la igualdad de remuneración y la igualdad de trato en lo que respecta al acceso al empleo, la formación, la promoción y las condiciones de trabajo —algunos de los motivos de la segregación por razón de sexo en el empleo—. Ahora bien, sigue habiendo muchos países que carecen de legislación en esas áreas (113).

En algunos contextos, la legislación laboral se ha ampliado para proteger a los trabajadores migrantes, los empleados domésticos y los trabajadores informales, si bien existen lagunas considerables en todo el mundo. Aun cuando los trabajadores estén protegidos por la ley, la aplicación de ésta (por ejemplo, las inspecciones de trabajo) puede ser problemática en el caso del sector no estructurado o el trabajo realizado en un domicilio particular. La falta de protección legislativa a menudo se agrava debido a las deficiencias de los servicios sanitarios y sociales (por ejemplo, servicios de guardería), en especial en los países en desarrollo, en las zonas rurales y entre las minorías y otros grupos vulnerables.

A veces, la aplicación de una legislación laboral aparentemente neutra con relación al género puede tener efectos discriminatorios involuntarios. Por ejemplo, en muchos países, la reclamación por el trabajador de prestaciones indemnizatorias por problemas psicológicos o trastornos músculo-esqueléticos (más frecuentes entre las mujeres) a veces no está prevista en la ley, lo que da lugar a una discriminación sistémica (114).

# 05

## Aplicación práctica de la perspectiva de género

Es conveniente considerar las cuestiones de género y las diferencias entre hombres y mujeres en todas las fases de las políticas, programas y prácticas que se aplican en los centros de trabajo, en particular, aunque no sólo, las que tienen por objeto proteger o promover la salud de los trabajadores. Todo enfoque o análisis que tenga en cuenta las cuestiones de género permite integrar de forma sistemática la perspectiva de género en la formulación, aplicación, vigilancia y evaluación de las políticas, los programas o las prácticas (115). En el Canadá, el análisis desde la perspectiva de género se ha utilizado para evaluar la equidad en las políticas. En la Unión Europea, ese análisis se ha utilizado con el título de "integración de la perspectiva de género", a fin de examinar de forma sistemática las medidas y políticas en cuanto a sus posibles efectos en la situación de los hombres y las mujeres.

En lo que respecta a los centros de trabajo, en la Unión Europea se ha utilizado la "planificación de la integración de la perspectiva de género" como herramienta para promover la equidad de género, de conformidad con una directiva que insta a los empresarios de los Estados miembros a que promuevan la igualdad de trato de todos los empleados en el lugar de trabajo de manera planificada y sistemática (116). En Finlandia, esa directiva está regulada mediante la Ley de Igualdad, que se aplica a todos los centros de trabajo con una plantilla permanente de al menos 30 personas. No obstante, esa ley ha resultado difícil de aplicar, en especial, en los centros de trabajo donde hay una gran segregación en función del sexo, así como en las empresas más pequeñas.

Actualmente, la mayoría de los planes de igualdad incluyen otras cuestiones de interés, como la edad, el grupo étnico y la salud laboral. Los empleadores pueden aplicar una perspectiva de género que ponga de relieve las necesidades especiales de los trabajadores que tengan menos poder o influencia. Esto puede ayudar a asegurar los resultados en materia de equidad previstos en las políticas, los programas o las prácticas de salud ocupacional propuestas, así como que se presta la debida atención a las cuestiones específicas de los grupos menos poderosos o influyentes.

En el cuadro 1 se ilustra el modo en que puede integrarse la perspectiva específica de género y de sexo en las distintas fases de las políticas, los programas y las prácticas. El

cuadro 1 ofrece una adaptación de una multiplicidad de recursos relacionados con el análisis de la perspectiva de género y otros conceptos análogos (117-122). El proceso es similar al que se aplica en la ejecución de los programas de entornos de trabajo saludables, tal como se define en los Fundamentos y Modelo de la OMS sobre Entornos Laborales Saludables. Cabe señalar que el proceso que se ilustra puede variar en función de las situaciones y condiciones locales; además, no tiene por qué requerir recursos abundantes y costosos: para “recopilar datos” podría ser necesario mantener un diálogo con los empleados acerca de sus experiencias y necesidades. Una cultura que promueva la equidad de género y la equidad sanitaria puede fomentarse dando ejemplo y estableciendo políticas claras.

## **Cuadro 1. Perspectiva de género aplicada a las iniciativas emprendidas en los lugares de trabajo**

### **1. Definir los problemas y los objetivos**

- Evitar hacer suposiciones acerca de los peligros y las personas en situación de riesgo.
- Tener cuidado de no caer en prejuicios de género a la hora de priorizar los problemas.
- Asegurarse de que los hombres y las mujeres de diferentes grupos sociales contribuyen por igual a definir los problemas y los objetivos.
- Reconocer y combatir las diferencias derivadas del poder social y económico entre mujeres y hombres.
- Determinar en qué medida las políticas, los programas y las prácticas propuestas se basan en una comprensión de las diferencias entre mujeres y hombres en lo que atañe al sexo biológico y las funciones sociales.
- Evaluar las diferencias entre la capacidad del hombre y la de la mujer a la hora de afrontar situaciones problemáticas.

### **2. Recopilar datos**

- Recoger datos cuantitativos sobre los peligros y los problemas de salud prevalentes, tanto en trabajos dominados por el hombre como en trabajos dominados por la mujer.
- Recopilar datos en función del sexo y, cuando sea posible, en función de otras características económicas y sociales (grupo étnico, idioma, educación, ingresos, etc.).
- Recopilar las tasas de accidentes laborales y de enfermedades profesionales por horas trabajadas y compararlas en función del sexo.
- Recopilar datos cualitativos: consultar a hombres y mujeres de distintos grupos sociales mediante métodos específicos y estructurados (por ejemplo, encuestas, reuniones con grupos específicos, cartografía de riesgos y salud, etc.).
- Colaborar con investigadores para documentar los problemas de salud ocupacional desde una perspectiva de género y de sexo, sobre todo en lo que respecta a empleos “atípicos”, labores agrícolas y servicio doméstico.
- Tener en cuenta a toda la plantilla (por ejemplo, limpiadores, recepcionistas), incluidos los trabajadores con jornada reducida, los trabajadores temporales o los trabajadores con contrato de obra y los trabajadores que estén de baja por maternidad o enfermedad.
- Examinar los problemas de salud y seguridad y las cuestiones de género con los sindicatos.
- Analizar cuestiones laborales y sanitarias más generales y preguntar al respecto para que puedan convertirse en agentes de cambio.

- Fomentar una cultura que promueva la denuncia de problemas de salud y seguridad, y las preocupaciones de los trabajadores de ambos sexos y de todos los grupos sociales.

### 3. Evaluar los efectos

- Evaluar las repercusiones o los efectos de las políticas, los programas y las prácticas en los hombres y las mujeres de diferentes grupos sociales.
- Evaluar el modo en que las políticas, los programas y las prácticas propuestas se ocupan de las necesidades, las experiencias, las preocupaciones y los conocimientos de los trabajadores de diferentes grupos sociales.

### 4. Ejecutar y comunicar

- Integrar la igualdad de género en las políticas, los programas o las prácticas, prestando especial atención a los distintos grupos de población.
- Asegurarse de que las políticas, los programas y las prácticas se presentan en un lenguaje y un formato que pueda ser entendido y sea accesible a todos (por ejemplo, material escrito, vídeos, talleres, etc.) y de que no contiene estereotipos de género.
- Involucrar a las trabajadoras en el proceso de aplicación.
- Explicitar a los trabajadores los aspectos relacionados con el género de la iniciativa.
- En lo que respecta a los procesos existentes y los procesos nuevos, proporcionar a todos los trabajadores información sobre salud y seguridad, así como formación pertinente para su tarea. Incluir en esto a los trabajadores con jornada reducida, los trabajadores temporales y los trabajadores con contrato de obra.

### 5. Vigilar

- Elaborar indicadores que permitan evaluar las políticas, los programas y las prácticas y tengan en cuenta aspectos que afecten a los trabajadores de ambos sexos y diferentes grupos sociales.
- Examinar los distintos efectos de la iniciativa en función del sexo y, cuando sea posible, de otras características sociales.
- Asegurarse de que las mujeres participan en los procesos de seguimiento y revisión.

### 6. Evaluar

- Determinar si las políticas y los programas han dado resultados iguales para hombres y mujeres de distintos grupos sociales.
- Informar de los resultados a los sindicatos y los comités de salud y seguridad, y el comité de la mujer.
- Extraer enseñanzas y difundir las mejores prácticas.

## 5.1. Cosas que hay que hacer

**Ser previsor:** adoptar medidas preventivas frente a posibles problemas.

- Recopilar datos sobre los riesgos y los problemas de salud relacionados con el trabajo, con el fin de anticiparse a los problemas de los trabajadores de ambos sexos (123).

Los **datos cuantitativos** se derivan de la medición de cantidades. En esos datos se trata de reducir al mínimo la influencia de las opiniones y las percepciones de los investigadores en las conclusiones. Los **datos cualitativos** son los datos que se analizan aprovechando de manera explícita las opiniones y las percepciones de diferentes personas (124). La recopilación de datos no requiere conocimientos y recursos especializados. En el caso de una empresa pequeña, puede ser tan sencillo como hablar con los trabajadores acerca de sus experiencias y necesidades.

- Cuestionar los estereotipos. Evitar hacer suposiciones sobre los peligros y los grupos de población en situación de riesgo. Luchar contra los estereotipos entre los trabajadores y el personal por medio de campañas de información, sesiones de formación sobre prácticas no sexistas, o simplemente predicando con el ejemplo.
- Tener en cuenta los posibles efectos diferenciales de los cambios propuestos en las mujeres y los hombres. Idear soluciones teniendo en mente el objetivo de la equidad de género.
- Proporcionar a todos los trabajadores formación adaptada a su tarea, que incorpore información sobre salud y seguridad, en un formato que resulte adecuado a sus referencias culturales y nivel de alfabetización y educación y en un idioma que domine el trabajador (125).
- Evaluar y ajustar de forma periódica el puesto de trabajo y los equipos, y distribuir de forma sistemática información y equipos de protección (sin que los trabajadores tengan que solicitarlo). Esto es especialmente importante a la hora de atender las necesidades de los trabajadores vulnerables que puedan ser reacios o incapaces de comunicar sus preocupaciones sobre salud y seguridad.
- Respetar la legislación en materia laboral, sanitaria y de igualdad y, siempre que sea posible, ofrecer servicios médicos y servicios de orientación que tengan en cuenta las cuestiones de género en el lugar de trabajo.

## Involucrar a los trabajadores

Las mejoras relacionadas con los programas sobre entornos de trabajo saludables son más notables cuando la participación de los trabajadores es elevada (4).

- Involucrar a los trabajadores en las consultas y decisiones en todas las fases de los proyectos. Este objetivo puede alcanzarse mediante la participación en talleres pequeños o incluso a través de entrevistas individuales.
- Fomentar la participación de mujeres y hombres de diferentes edades, idiomas, culturas y competencias en los programas de salud en el lugar de trabajo, con el fin de garantizar la equidad de los resultados. Incluir a todos los grupos ocupacionales (por ejemplo, limpiadoras, recepcionistas), a los trabajadores con jornada reducida, los trabajadores temporales y con contrato de obra, y los trabajadores que estén de baja.
- Alentar a las mujeres y los trabajadores de grupos infrarrepresentados a participar en los comités de salud y seguridad y en su gestión, donde se les puede animar a asumir funciones directivas, y ofrecer opciones y oportunidades reales.
- Definir métodos adecuados para recopilar y difundir información que tengan en cuenta la cultura —incluidas las normas en materia de género—, la alfabetización, la educación y la competencia en el idioma dominante. Instrumentos sencillos, como el uso de imágenes, pueden ayudar a ese respecto (82).
- Crear un clima favorable para que se tomen en serio los intereses de la mujer.
- Mantener reuniones en momentos en que las mujeres no tengan obligaciones familiares.

## Colaborar con las partes interesadas

Siempre que sea posible, colaborar con los sindicatos, las organizaciones comunitarias, los organismos públicos y los investigadores, con el fin de mejorar la salud de los trabajadores. Las mujeres han de estar representadas como partes interesadas.

- Los sindicatos y las organizaciones comunitarias pueden ayudar a definir las cuestiones prioritarias, contribuir a aplicar las soluciones y proporcionar información sobre cuestiones laborales y sanitarias de índole más general.
- Los gobiernos pueden convertirse en aliados a la hora de buscar soluciones que mejoren el equilibrio entre la vida laboral y familiar (por ejemplo, programas para el cuidado de los niños o los mayores) o regulen las relaciones sexuales en el lugar de trabajo (por ejemplo, leyes contra el acoso sexual) (126, 127). Los organismos públicos locales, nacionales e internacionales pueden proporcionar información, directrices y herramientas para la prevención e intervención dirigidas a los trabajos y los problemas de las mujeres y los hombres.

- Los investigadores pueden ayudar a documentar los peligros y los problemas de salud que surgen en puestos de trabajo ocupados habitualmente por mujeres, así como los parámetros biológicos y sociales específicos de cada sexo y su influencia en la salud de los trabajadores.

### **Caja 7: Investigadores, empresarios y organizaciones no gubernamentales colaboran para mejorar las condiciones en las fábricas de procesamiento de pescado de Chile (128)**

Chile es el principal productor mundial de harina de pescado. Esta producción intensiva provoca contaminación medioambiental a gran escala y condiciones de trabajo insalubres y desagradables para las trabajadoras de las fábricas. En 1991, tres profesoras de la Universidad de Concepción, de los departamentos de ingeniería química y farmacología, decidieron tratar de encontrar una solución. Llevaron a cabo experimentos de laboratorio (por ejemplo, sobre formas de convertir los residuos en productos), trabajaron con las fábricas para concienciar sobre los problemas y con la ONUDI (Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial), que colaboró en la ejecución del proyecto. Las mujeres de la Universidad de Concepción utilizaron sus contactos en la industria de la harina de pescado, que en su mayoría también eran mujeres, para convencerlas de que apoyasen la iniciativa y aplicasen tecnologías más limpias y procesos modificados. El proyecto, que está ejecutándose en otros lugares, ha beneficiado a las trabajadoras gracias a la mayor limpieza de las fábricas y la mejora general de las condiciones ambientales.



# 06

## Cómo pueden incorporar los representantes de los trabajadores la perspectiva de género en la salud y la seguridad (129)

### Cuadro 2. Los representantes de los trabajadores pueden:

- Asegurarse de que los comités de mujeres trabajan con los comités de salud y seguridad. Su finalidad es lograr que las mujeres participen en la labor de esos comités y que se tengan en cuenta sus preocupaciones.
- Alentar a las mujeres a que participen en la vida sindical y en actividades de salud y seguridad ocupacional a todos los niveles, incluido el directivo (la participación de las mujeres puede facilitarse proporcionando un transporte seguro y fiable, y servicios de guardería durante las reuniones sindicales) (130).
- Ofrecer formación e información pertinentes sobre las cuestiones de género a los representantes.
- Asegurarse de que los acuerdos sobre las condiciones de trabajo y las iniciativas emprendidas por el empleador en materia de salud y seguridad, reconozcan y tengan en cuenta las diferencias de género y de sexo.
- Consultar con hombres y mujeres de diversos grupos sociales, por ejemplo a través de talleres.
- Recopilar datos sobre accidentes laborales y enfermedades profesionales en función del sexo.
- Revisar periódicamente las estadísticas sobre siniestralidad y enfermedad; examinar los resultados en reuniones consultivas conjuntas sobre salud y seguridad en el trabajo.
- Facilitar la participación de los trabajadores en los procesos de consulta y toma de decisiones por iniciativa del empleador.



- Alentar a los trabajadores a que ejerzan su derecho a negarse a trabajar en caso de riesgos vinculados al trabajo (los trabajadores únicamente gozan de ese derecho en determinadas jurisdicciones) e informarles de la importancia de comunicar problemas de salud relacionados con el trabajo, problemas de salud agravados por el trabajo y conatos de accidente.

- Asegurarse de que todos los sectores de la fuerza laboral, incluidos los grupos ocupacionales en que predominan las mujeres y el personal temporal y con jornada reducida, tengan acceso a un representante sindical en materia de seguridad laboral; cerciorarse de que las mujeres tengan representación entre los representantes del área de seguridad laboral.

- Apoyar los esfuerzos de las mujeres por proteger su salud y prestar apoyo a las mujeres que se enfrentan a problemas de salud ocupacional o relacionados con la obtención de indemnización, por ejemplo en forma de grupos de apoyo o de asistencia para obtener el reconocimiento de la enfermedad laboral.

# 07

## Conclusiones

Las iniciativas en materia de salud y seguridad en el sector no estructurado, la pequeña empresa y el servicio doméstico han de basarse en la capacidad de acción y decisión, la educación, las políticas y la legislación, y estar impulsadas en gran parte por la comunidad y las instancias públicas. Algunos ejemplos de posibles intervenciones del Estado consisten en garantizar unas condiciones mínimas de trabajo, la salud y la seguridad laboral (por ejemplo, regulación en materia de ergonomía) y la retribución de todos los trabajadores sin que se produzcan situaciones de exclusión debido a la ocupación, la condición de migrante, la relación laboral o la índole de un problema de salud del trabajador; adoptar o ampliar la legislación en materia de permisos por maternidad, paternidad y cuidado de los niños, y permisos por enfermedad prolongada de un miembro de la familia; y facilitar la conciliación entre la vida laboral y familiar mediante programas públicos.

También se necesita más investigaciones sobre los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan las mujeres trabajadoras, tanto dentro de una misma ocupación como en distintas ocupaciones, así como sobre la salud laboral, teniendo en cuenta las cuestiones de género en general. Es necesario, en particular, llevar a cabo investigaciones de calidad en los países en desarrollo. Algunos ejemplos de las áreas en que pueden centrarse las investigaciones son: los problemas de salud y seguridad presentes en el empleo informal y flexible, y en el empleo doméstico (remunerado y no remunerado); el papel de la migración a la hora de determinar las experiencias de las mujeres y de los hombres respecto de la salud en el trabajo; y la exposición acumulada a sustancias tóxicas en el trabajo, el hogar y la comunidad a la hora de determinar los resultados sanitarios de las mujeres y los hombres de diferentes grupos sociales.

Los empleadores pueden hacer varias cosas para tener en cuenta las diferencias de género y de sexo a la hora de afrontar las cuestiones de salud laboral. Pueden cerciorarse de no pasar por alto los riesgos físicos y psicosociales, y los problemas de salud frecuentes en las ocupaciones de las mujeres, y actuar para mejorar la equidad de género en el ámbito de la promoción de la salud y de la salud comunitaria. Además, pueden adoptar una perspectiva de género en la formulación e implantación de políticas, programas o prácticas en los centros de trabajo, con independencia de que su objetivo sea mejorar la salud de los trabajadores. El enfoque de género requiere que los empleadores tomen la iniciativa, que

involucren a los trabajadores de ambos sexos en todas las fases del proceso, y que colaboren con las partes interesadas. Los representantes de los trabajadores también pueden desempeñar un papel importante en la creación de centros de trabajo saludables y equitativos al documentar situaciones reales de trabajo, proporcionar información a los trabajadores, promover su participación, y apoyarlos en sus esfuerzos individuales y colectivos, teniendo en cuenta en todo momento que los hombres y las mujeres tienen una realidad diferente.



# 08

## Referencias

1. Burton J. *Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
2. *Gender Impact Assessment: Framework for gender mainstreaming*. Londres, Instituto de Desarrollo de Ultramar, 2010 ([http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/EBP/Gender\\_impact.html](http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/EBP/Gender_impact.html), consultada el 7 de marzo de 2010)
3. Pun JC *et al.* Education of garment workers: prevention of work related musculoskeletal disorders. *Aaohn Journal*, 2004, 52:338–343.
4. Kobayashi Y *et al.* Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *Journal of Occupational Health*, 2008, 50:455–470.
5. Gallo ML. Picture this: immigrant workers use photography for communication and change. *Journal of Workplace Learning*, 2002, 14:49–457.
6. Tompa E *et al.* A systematic review of occupational health and safety interventions with economic analyses. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 51:1004-1023.
7. Collins JW *et al.* An evaluation of “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. *Injury Prevention*, 2004, 10:206-211.
8. Messing K, Ostlin P. *Gender equality, work and health: a review of the evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
9. World Health Organization. *What do we mean by sex and gender?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010 (<http://www.who.int/gender/whatisgender/en/index.html>, consultada el 7 de marzo de 2010).
10. Chamberland A *et al.* *Anthropometric survey of the Land Forces (LF97)*. Toronto, ON, Defense and Civil Institute of Environmental Medicine, 1998 (Contractor Report 98-CR-15).
11. *The American Heritage College Dictionary, 3<sup>rd</sup> edition*. Boston: Houghton Mifflin Company, 1993.

12. *Women in labour markets. Measuring progress and identifying challenges*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2010.
13. *Quick stats on women workers, 2008*. Washington, DC, U.S. Department of Labor, 2010 (<http://www.dol.gov/wb/stats/main.htm>, consultada el 1 de febrero de 2010).
14. *Labour force survey 2007–2008*. Islamabad, Pakistan Federal Bureau of Statistics, 2008.
15. *Working conditions in the European Union: the gender perspective*. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2007.
16. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S. *The global gender gap report*. Ginebra, Foro Económico Mundial, 2008.
17. Premji S, Lippel K, Messing K. "We work by the second!" Piecework remuneration and occupational health and safety from an ethnicity- and gender-sensitive perspective. *Pistes*, 2008, 10.
18. *El trabajo decente y la economía informal*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2002.
19. *Trabajadoras y trabajadores migrantes: Hacia una igualdad de derechos y oportunidades*, Ginebra, Organización Internacional del Trabajo ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_101619.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_101619.pdf), consultada el 3 de febrero de 2010).
20. *International labour migration. A rights-based approach*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2010.
21. Martin P. *Climate change, agricultural development, and migration*. Washington, German Marshall Fund of the United States, 2010 ([http://www.gmfus.org/galleries/default-file/PMartin\\_V2.pdf](http://www.gmfus.org/galleries/default-file/PMartin_V2.pdf), consultada el 1 de septiembre de 2010)
22. Ransom, P. *Women, pesticides and sustainable agriculture*. New York, NY, Commission on Sustainable Development Women's Caucus, 2010 (<http://www.earthsummit2002.org/wcaucus/Caucus%20Position%20Papers/agriculture/pestices1.html>, consultada el 1 de febrero de 2010).
23. *Situación de la Mujer en el Mundo: Tendencias y Estadísticas*. Nueva York, División de Estadísticas de las Naciones Unidas, 2000.
24. *El Progreso de las Mujeres en el Mundo 2005: Mujeres, Trabajo y Pobreza*. Nueva York, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2005.
25. Vosko LF. *Temporary work: the gendered rise of a precarious employment relationship*. Toronto, ON, University of Toronto Press Incorporated, 2000.
26. Emmett B. *Paying the price for the economic crisis*. Boston, MA, Oxfam, 2009 <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/paying-the-price-for-global-economic-crisis.pdf>, consultada el 30 de octubre de 2010).
27. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Outlook 1 – Riesgos nuevos y emergentes para la seguridad y la salud en el trabajo*. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009 (<http://>

- osha.europa.eu/es/publications/outlook/te8108475enc\_osh\_outlook, consultada el 29 de octubre de 2010).
28. Romito P. Work and health in mothers of young children. *International Journal of health Services: planning, administration, evaluation*, 1994, 24:607-628.
  29. Razavi S. *Gendered poverty and well-being*. Oxford, Blackwell, 2000.
  30. *Información sobre Seguridad en el Trabajo*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2005 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_067579.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_067579.pdf), consultada el 1 de febrero de 2010).
  31. House Committee on Education and Labor. *Hidden tragedy: underreporting of workplace injuries and illnesses*. Washington, DC, United States House of Representatives, 2008.
  32. Tawatsupa B *et al.* The association between overall health, psychological distress, and occupational heat stress among a large national cohort of 40,913 Thai workers. *Global health action*, 2010, 3:10.3402/gha.v3i0.5034 (DOI)
  33. Rugulies R, Scherzer T, Krause N. Associations between psychological demands, decision latitude, and job strain with smoking in female hotel room cleaners in Las Vegas. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2008, 15: 34-43.
  34. Kivimaki M *et al.* Effort-reward imbalance, procedural injustice and relational injustice as psychosocial predictors of health: complementary or redundant models? *Occupational and Environmental Medicine*, 2007, 64: 659-665
  35. Messing K. Physical exposures in work commonly done by women. *Canadian Journal of Applied Physiology*, 2004, 29: 639-656.
  36. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. *International Journal of Cancer*, 2006, 118:3030–3044.
  37. Schiffman M *et al.* Human papillomavirus and cervical cancer. *The Lancet*, 2007 370:890–907.
  38. Nemoto T *et al.* HIV risk among Asian women working at massage parlors in San Francisco. *AIDS Education and Prevention*, 2003, 15:245–256.
  39. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Occupational injuries and deaths among young workers – United States, 1998–2007. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010, 59:449-476.
  40. Comisión Europea. Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. *Health and safety at work in Europe (1999–2007) – a statistical portrait*. Luxemburgo, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2010 (Eurostat Statistical Books; [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-31-09-290/EN/KS-31-09-290-EN.PDF), consultada el 29 de octubre de 2010).
  41. Messing K. *One-eyed science: occupational health and women workers*. Philadelphia, PA, Temple University Press, 1998.
  42. Oficina de Estadísticas Laborales. *Annual survey of occupational injuries and illnesses. Number of nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work for three selected nature of injury or illness categories by selected worker and case*

- characteristics*, 1999. Washington, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 1999.
43. Oficina de Estadísticas Laborales. *Annual survey of occupational injuries and illnesses. Number and percent of nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work, involving repetitive motion by selected worker and case characteristics*, Washington, Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, 1999.
  44. Heiskanen M. Violence at work in Finland; trends, contents, and prevention. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, 2007, 8:22–40.
  45. Høgh A, Sharipova M, Borg V. Incidence and recurrent work-related violence towards healthcare workers and subsequent health effects. A one-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008, 36:706–712.
  46. Lippel K. Les agressions au travail: un même traitement pour les travailleurs et les travailleuses? *Recherches Féministes*, 2001, 14:83-108.
  47. Hoel H, Sparks K, Cooper CL. *The cost of violence / stress at work and the benefits of a violence / stress-free working environment*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2001.
  48. Mayhew C, Chappell D. Workplace violence: an overview of patterns of risks and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2007, 30:327–339.
  49. De Raeve L et al. Interpersonal conflicts at work as a predictor of self-reported health outcomes and occupational mobility. *Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 66: 16-22.
  50. Krieger N et al. The inverse hazard law: blood pressure, sexual harassment, racial discrimination, workplace abuse and occupational exposures in US low-income black, white and Latino workers. *Social Science and Medicine*, 2008, 67:1970-1981.
  51. Fitzgerald, L. Sexual harassment: violence against women in the workplace. *American Psychologist*, 1993, 48: 1070-1076.
  52. Bond MA et al. Gendered work conditions, health, and work outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2004, 9: 28-45.
  53. Vezina N, Tierney D, Messing K. When is light work heavy? Components of the physical workload of sewing machine operators working at piecework rates. *Applied Ergonomics*, 1992, 23: 268-76.
  54. Herdt-Losavio ML et al. Maternal occupation and the risk of birth defects: an overview from the National Birth Defects Prevention Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 2009, 67:58–66.
  55. Courville J, Vezina N, Messing K. Comparison of the work activity of two mechanics: a woman and a man. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 1991, 7:163–174.
  56. Taiwo OA et al. Sex differences in injury patterns among workers in heavy manufacturing. *American Journal of Epidemiology*, 2009, 169:161–166.
  57. Seifert AM, Messing K. Cleaning up after globalization: an ergonomic analysis of work activity of hotel cleaners. *Antipode*, 2006, 38: 557-578.
  58. Messing, K, Seifert, AM, Couture, V. Les femmes dans les métiers non-traditionnels:

- le général, le particulier et l'ergonomie. *Travailler*, 2005, 15: 131-148.
59. Paoli P, Merllie D. *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Dublín, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, 2001.
  60. Moir S, Azaroff LS. The Boston-area research circle on health and safety for women in Construction: an innovative participatory methods for coloring in the picture of a special work environment. *New Solutions*, 2007, 17: 123-136.
  61. Gochfeld M. Framework for gender differences in human and animal toxicology. *Environmental Research*, 2007, 104:4-21.
  62. Vahter M et al. Implications of gender differences for human health risk assessment and toxicology. *Environmental Research*, 2007, 104: 70-84.
  63. *The effects of workplace hazards on male reproductive health*. Atlanta, GA, The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), 1997 (Publication No. 96-132; <http://www.cdc.gov/niosh/malrepro.html>, consultada el 15 de agosto de 2010).
  64. Parker L et al. Stillbirths among offspring of male radiation workers at Sellafield nuclear reprocessing plant. *The Lancet*, 1999, 354:1407-1414.
  65. Amoli K. Bronchopulmonary disease in Iranian housewives chronically exposed to indoor smoke. *European Respiratory Journal*, 1998, 11:659-663.
  66. *Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y crisis mundial del agua*. Nueva York, NY, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2006.
  67. Burda M, Hamermesh DS, Weil P. *Total work, gender and social norms*. Cambridge, National Bureau of Economic Research, 2007 (NBER Working Paper Series No. 13000).
  68. Duxbury L, Higgins C. *Work-life balance in the new millennium: where are we? Where do we need to go?* Ottawa, Canadian Policy Research Network, 2001 (CPRM Discussion Paper No. W12).
  69. Manuh T. *Women in Africa's development*. New York, NY, Africa Recovery Online, United Nations, 1998 (<http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/afrec/bpaper/maineng.htm>, consultada el 15 de agosto de 2010).
  70. Cullen JC, Hammer, LB. Developing and testing a theoretical model linking work-family conflict to employee safety. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2007, 12: 266-278.
  71. Bernier ME. *Recherche documentaire exploratoire sur la conciliation travail-famille*. Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal, 2008.
  72. Heymann J. *Forgotten families. Ending the growing crisis confronting children and working parents in the global economy*. New York, NY, Oxford University Press, 2006.
  73. Smith PM, Mustard CA. How many employees receive safety training during their first year of a new job? *Injury Prevention*, 2007, 13: 37-41.
  74. Cooke GB, Zeytinoglu IU, Chowhan J. Barriers to training access. *Perspectives on Labour and Income*, 2009, 10: 14-25.
  75. Kumar A et al. *Women Workers: Inequalities at Work: Report of the Survey of Women*



- Workers' Working Conditions in Industry*. South Asian Research and Development Initiative (SARDI), 1999.
76. *Women in the construction workplace: providing equitable safety and health protection*. Washington, Occupational Safety and Health Administration, 1999 (<http://www.elcosh.org/en/document/582/d000561/women-in-the-construction-workplace%253A-providing-equitable-safety-and-health-protection.html>, consultada el 7 de marzo de 2010).
  77. Cox R, Lippel L. Falling through the legal cracks: the pitfalls of using workers' compensation data as indicators of work-related injuries and illnesses. *Policy and Practice in Health and Safety*, 2008, 6: 9-30.
  78. Lippel K. Workers' compensation and stress: gender and access to compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1999, 22: 79-89.
  79. Clapham K. Experiencing occupational rehabilitation in NSW: Non-English speaking background women's views. *Australian Journal of Social Issues*, 1994, 29: 26-43.
  80. Premji S, Krause N. Disparities by ethnicity, language and immigrant status in occupational health experiences among Las Vegas hotel room cleaners. *American Journal of Industrial Medicine*, 2010, 53: 960-75.
  81. Lippel K, Demers D. en Messing K. (ed.) *Integrating Gender in Ergonomic Analysis*. Bruselas, European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety. Bruselas, 1999, Study 11, pp 138-140.
  82. Premji S, Messing K, Lippel K. Broken English, broken bones? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory. *International Journal of Health Services*, 2008, 38:1-19.
  83. Addis M. *Men and mental health. Get it off your chest*. Londres, Mind, 2009.
  84. Chiron E *et al.* Les TMS et le maintien en emploi des salariés de 50 ans et plus: un défi pour la santé au travail et la santé publique. *Santé Publique*, 2008, 20:S19-S28.
  85. Frumkin H, Pransky G. Special populations in occupational health. *Occupational Medicine*, 1999, 14:479-484.
  86. Dembe A. Social inequalities in occupational health and health care for work-related injuries and illnesses. *International Journal of Law and Psychiatry*, 1999, 22:567-579.
  87. Tompa E *et al.* A systematic review of workplace ergonomic interventions with economic analyses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2010, 20: 220-34.
  88. Kennedy CA *et al.* Systematic review of the role of occupational health and safety interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal symptoms, signs, disorders, injuries, claims and lost time. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2010, 20: 127-62.
  89. Irvin E *et al.* Introduction to special section: systematic reviews for prevention and management of musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2010: 123-6.
  90. *Your health and safety at work. Male and female reproductive hazards in the workplace*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2010 (<http://actrav.itcilo.org/actrav-english/telearn/osh/rep/prod.htm>, consultada el 7 de marzo

- de 2010).
91. Tissot F, Messing K, Stock S. Distal lower-extremity pain and work postures in the Quebec population. *American Journal of Public Health*, 2008, 98: 705-13.
  92. Dababneh AJ *et al.* Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 2001, 44: 164-174.
  93. Tissot F, Messing K, Stock S. Studying the relationship between low back pain and working postures among those who stand and those who sit most of the working day. *Ergonomics*, 2009, 52: 1402-18.
  94. Galinsky T *et al.* Supplementary breaks and stretching exercises for data entry operators. *American Journal of Industrial Medicine*, 2007, 50: 519-527.
  95. Daniels CR, Paul M, Rosofsky R. Health, equity and reproductive risks in the workplace. *Journal of Public Health Policy*, 1990, 11: 449-462.
  96. Kishore GS *et al.* Effectiveness of an educational program to promote pesticide safety among pesticide handlers of South India. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 2008, 81: 787-95.
  97. Messing K, Stevenson J. Women in Procrustean beds: strength testing and the workplace. *Gender Work & Organization*, 1996, 3: 156-167.
  98. Kishtwaria J. An ergonomic assessment of women workers involved in tea plantation in Himachal Pradesh. *Journal of Human Ecology*, 2004, 16: 223-226.
  99. *What are the gender health risks of pesticide use for women?* Toronto, Association for Women's Rights in Development, 2008 (<http://www.awid.org/eng/Library/What-are-the-gender-health-risks-of-pesticide-use-for-women>, consultada el 7 de marzo de 7 2010).
  100. Richman A. *et al.* *Innovative workplace flexibility options for hourly workers.* Washington, Corporate Voices for Working Families, 2009.
  101. *Flexible work options training materials for managers and staff.* University of Pennsylvania Division of Human Resources, 2007 (<http://www.hr.upenn.edu/Quality/Worklife/FlexOptions/Training.aspx>, consultada el 7 marzo de 2010).
  102. Joyce K *et al.* Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010, Issue 2.
  103. Taylor C. *The corporate response to rising health care costs.* Ottawa, Conference Board of Canada, 1996.
  104. Theobald S. Gendered bodies: recruitment, management and occupational health in northern Thailand's electronics factories. *Women Health*, 2002, 35:7-26.
  105. Buregyeya E *et al.* HIV risk behavior and work in Uganda: a cross-sectional study. *East African Journal of Public Health*, 2008, 5:43-48.
  106. Von Thiele SU, Lindfors P, Lundberg U. Health-related effects of worksite interventions involving physical exercise and reduced workhours. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2008, 34: 179-188.
  107. Williams AE *et al.* Work, weight, and wellness: the 3w program: a worksite obesity prevention and intervention trial. *Obesity*, 2007, 15: 15-26.
  108. Linos A, Kirch W. (eds). *Promoting Health for Working Women.* New York, Springer,

- 2008.
109. Berry PA. Migraine disorder: workplace implications and solutions. *AAOHN Journal*, 2007, 55: 51-56.
  110. *Integrating poverty and gender into health programmes – a sourcebook for health professionals. Module on water, sanitation and food*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009.
  111. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *American Journal of Public Health*, 2006, 96: 846-855.
  112. Croteau A, Marcoux S, Brisson C. Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 2007, 166: 951-965.
  113. *Combatir el acoso sexual en el trabajo*. Bruselas, Confederación Sindical Internacional, 2008.
  114. Lippel K. Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers? *International Journal of Health Services*, 2003, 33:253–281.
  115. *Gender-based analysis*. Ottawa, Health Canada, 2003 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/women-femmes/gender-sexes-eng.php>, consultada el 7 de marzo de 2010).
  116. *Gender equality and diversity planning at workplaces (GED-PLAN)*. Bruselas, commission Europea, 2008.
  117. *Gender Impact Assessment : Framework for gender mainstreaming*. Londres, Instituto de Desarrollo de Ultramar, 2009 ([http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/EBP/Gender\\_impact.html](http://www.odi.org.uk/rapid/tools/toolkits/EBP/Gender_impact.html), consultada el 7 de marzo de 2010).
  118. *Principles of gender-based analysis of health care reform*. Toronto, Women and Health Care Reform, 2009.
  119. *Factsheet 43: La inclusión de los aspectos de género en la evaluación de riesgos*. Bilbao, Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003 (<http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/43>, consultada el 9 de julio de 2011).
  120. Morris M. *Gender-based analysis guide*. Ottawa, Human Resources and Skills Development Canada, 1997.
  121. *Manual para la perspectiva de género en las políticas de empleo, de inclusión social y de protección social*. Luxemburgo, Comunidades Europeas, 2008 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=2045&langId=es>, consultada el 9 de julio de 2011).
  122. *Las cuestiones de género en relación con la seguridad y la salud en el trabajo*. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Luxemburgo, 2006 (<http://osha.europa.eu/es/publications/reports/209>, consultada el 9 de julio de 2011).
  123. Puede verse un ejemplo en: Brito J, Neves MY, Athayde M. Questions related to a research intervention carried out with female and male public school workers. *New Solutions*, 2007, 17: 111-121.

124. Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional. *Guide to gender-sensitive indicators*. Ottawa, Minister of Public Works and Government Services, Canadá, 1997.
125. Puede verse un ejemplo en: *La prévention sous toutes ses coutures*. Quebec. Commission de la santé et de la sécurité du travail (<http://www.csst.qc.ca/asp/prevention/couture.asp>, consultada el 9 de julio de 2011).
126. Gottfried H, Reese LA. *Equity in the workplace: gendering workplace policy analysis*. Oxford, Lexington Books, 2004.
127. Lachmann H, Larose C, Penicaud M. *Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail*. Paris, Rapport fait à la demande du premier Ministre, 2010.
128. *Women, industry and environment*. Viena, UNIDO, 1995. ([http://www.its.caltech.edu/~e105/readings/women\\_envIRON.pdf](http://www.its.caltech.edu/~e105/readings/women_envIRON.pdf), consultada el 9 de julio de 2011).
129. Basado en gran medida en: *TUC gender and occupational safety and health “gender-sensitivity checklist”*. Londres, Trades Union Congress, 2008 (<http://www.bawp.org/assets/file/TUC%20gender%20H&S%20checklist.pdf>, consultada el 9 de julio de 2011).
130. *Case study: South African Commercial, Catering and Allied Workers Union (SACCAWU)*, Toronto, Gender at Work (<http://www.genderatwork.org/saccawu>, consultada el 9 de julio de 2011).

En todo el mundo, mujeres y hombres viven realidades diferentes en el trabajo, en el hogar y en su comunidad, y las mujeres suelen estar en desventaja respecto a los hombres. Con este documento se proporciona a los empleadores y a los representantes de los trabajadores instrumentos que permiten crear lugares de trabajo saludables y equitativos para mujeres y hombres, al tiempo que se destacan algunos problemas que afectan fundamentalmente a las mujeres. El documento abarca 1) la manera de abordar las necesidades de mujeres y hombres en los ámbitos de la salud física y psicosocial, los recursos personales de salud y la participación de la empresa en la comunidad y, 2) una lista de control que ayuda a tener en cuenta las diferencias sexuales (biológicas) y de género (sociales) entre mujeres y hombres en todas las fases de las políticas, los programas y las prácticas en el lugar de trabajo.

"Tratar a todos por igual" es una fórmula bienintencionada que sin embargo puede hacer que se pierdan oportunidades para determinar las necesidades y experiencias específicas de los distintos grupos. Por ejemplo, proporcionando a todos los trabajadores equipos del mismo tamaño se están ignorando las diferentes dimensiones corporales medias de mujeres y hombres, y el resultado puede ser un equipo difícil de usar o incluso peligroso para uno de los sexos.

